

saliente de entre sus ramas tres ó cuatro agujas de hacer média, cruzándolas en ángulos rectos para que sostengan los tejidos despues de quitado el torniquete; y con cauterios grandes se cauterizan completamente esos tejidos que sobresalgan del aparato y de las agujas. Este es el hemostático permanente, y para hacerlo seguro es preciso quemar por completo la pulgada de pedículo que queda sobre el bocado del torniquete. Se afloja entónces este aparato; se hace la cura antiséptica ordinaria; y se traslada la enferma á la cama, quedando en atenta observacion por si sobreviene hemorragia ó algun efecto nervioso que merezca combatirse. Si se presenta hemorragia, se dominará apretando el torniquete; y contra la escitacion nerviosa se usarán inyecciones hipodérmicas de morfina, brandy y éter, procurando que todo el cuerpo de la enferma se mantenga á buena temperatura, principalmente las plantas de los piés y las palmas de las manos.

En siete casos he practicado la estirpacion total ó parcial de la matriz, curándose cuatro enfermas y muriendo tres. En todos ellos fué preciso recurrir á la operacion, porque de lo contrario sólo podia esperarse la muerte de las enfermas.

Estas operaciones, como las demas usuales en ginecología, deben hacerse con sujecion al método antiséptico.

Á los doce ó catorce dias puede quitarse con las debidas precauciones el torniquete usado en la operacion.

Dos veces he practicado últimamente la estirpacion total del útero, por éste método, y ámbas enfermas se han restablecido.

La ooforectomía ó estirpacion de los ovarios se ha practicado para adelantar la menopausia y contener así la escesiva hemorragia que suele presentarse en esa época cuando existen fibroides uterinos.

Hegar	ha operado	12 veces,	con	9 curaciones	y	3 muertes.
Freund	"	3	"	2	"	1
Goodell	"	1	"	0	"	1
Mann	"	1	"	0	"	1
Totales,		17		11		6

El mas experimentado respecto á esta operacion, que es Hegar, la considera de dudoso el éxito cuando los tumores fibrosos son muy grandes.

94. Para conocer lo mejor posible la relacion del tumor con el útero, Thomas sigue el Método de Hegar y Schultz. Se administra el anestésico á la enferma y se la coloca en decúbito dorsal; un ayudante tira hácia abajo del cuello uterino á favor de un tenáculo, y otro ayudante coge el tumor levantándolo y deprimiéndolo alternativamente, mientras el profesor, por medio de dos dedos introducidos en el recto, procura descubrir cual sea la verdadera relacion del tumor y la matriz.

95. Como no sea por la dilatacion y el tacto, resulta á veces sumamente difícil determinar si existen ó no pequeños neoplasmas en la cavidad uterina. Dice el autor que en un caso creyó que hubiera neoplasma intrauterino, resultando luégo que sólo existian fungosidades; y que en otro halló un pólipo fibroso del tamaño de un huevo de paloma, y cuya existencia no habia sospechado, al practicar la traquelotomía bilateral.

96. Agrega el autor el uso de la sierra de cuchara; medio que él prefiere ahora á todos los demás. Ese instrumento, descrito en una de las notas que tratan de los fibroides uterinos, siendo pequeño puede introducirse fácilmente por el orificio interno dilatado en parte y correrse por la cavidad uterina hasta la insercion del pólipo, cortándola sin ocasionar hemorragia, al propio tiempo que se ejerce la traccion del pólipo á favor de las pinzas.

97. Clínicamente, los sarcomas uterinos se presentan bajo dos formas, la dura y la difusa, que unas veces se distinguen fácilmente y otras no. En el primer caso se percibe al tacto un tejido tenso, macizo y elástico, cuyo principal carácter anatómico es la existencia de células fusiformes. En el segundo caso se encuentra una masa algo fungosa, caracterizada por sus células redondas y pequeñas. Cuando el sarcoma duro afecta al parénquima de la matriz, he observado que ocasiona dolor muy fuerte; y es frecuente que no se produzca dolor ninguno cuando la forma del mal es puramente difusa, endométrica. La segunda variedad llena y distiende mucho el útero en algunos casos; si se estirpa la escrescencia por medio de la cucharilla, la enferma mejora notablemente, pero pronto se llena de nuevo la cavidad uterina y hay que volver á operar. He conocido casos en que esto proporcionó alivio por espacio de años, pero cuya terminacion fué fatal á causa de la continuada reproduccion del mal.

98. Cuando un sarcoma uterino interese principalmente el parénquima uterino y no tanto el endometrio, podrá considerarse la conveniencia de practicar la ablacion de la matriz, por cuanto el sarcoma propende mucho ménos que el cáncer á reproducirse.

Adenoma del útero.—Es la hipertrofia de las glándulas situadas en los tejidos uterinos.

Esta enfermedad se presenta con los mismos síntomas que el sarcoma, el cáncer, las fungosidades benignas y los pólipos; siendo la hemorragia el principal de ellos. El diagnóstico se establece examinando con el microscopio una porcion del tejido enfermo estraido por medio de la cucharilla.

El tratamiento del adenoma, consiste en su estirpacion completa á favor de la cucharilla, prévia la dilatacion del canal cervical, fumigando luégo con ácido nítrico la superficie raspada.

Propende bastante á reproducirse el adenoma, aunque mucho menos que el sarcoma y el cáncer; lo cual indica que debe raspase bien todo el endometrio, á fin de evitar la fácil reproduccion de cualquiera pequeña porcion de esecrecencia que pueda quedar.

El Dr. Thomas dice no haber conocido mas que un caso que fuera esclusivamente de adenoma, que en el espacio de cuatro ó cinco años requirió el empleo de la cucharilla catorce veces, aplicándose despues de cada operacion la tintura de iodo compuesta y el ácido nítrico. La enferma se restableció completamente.

99. Respecto al cáncer de la matriz, el autor opina, lo mismo que Breisky y Emmet, que generalmente se fija el epitelioma en la rasgadura del cuello uterino, y que la gran irritacion producida en el endometrio cervical da ocasion algunas veces á ese resultado.

100. Uno de los inconvenientes que puede ofrecer el uso del alambre gálvano-cáustico para la amputacion del cuello uterino, es el de que el alambre no alcance á cortar todo el cuello y sí sólo una parte. Para evitar eso, el autor se vale de este instrumento:

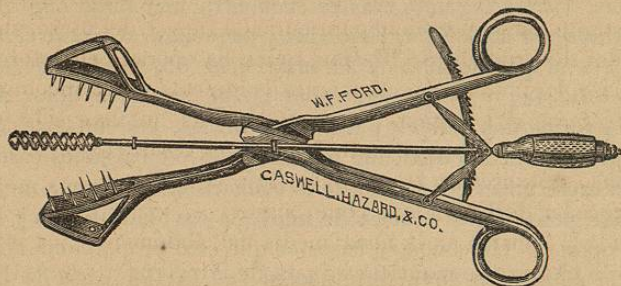


FIG. 286.—Tenaza para la amputacion del cuello uterino.

Por medio del tornillo se atrae el cuello hasta poderlo agarrar con la tenaza, y entónces se cierra ésta y se saca el tornillo. Luégo se pasa el alambre, que al apretarse resbala hasta el extremo del instrumento.

Como mejor se practica esto es teniendo á la enferma bajo la accion del anestésico y en la posicion de Sims, con su spéculum de mayor tamaño en posicion.

Pero si resulta muy dificultoso ese procedimiento, puede atraerse el útero hasta la vulva á favor de la traccion con las pinzas.

Si despues de cortados los tejidos superficiales por el alambre candente se ejerce traccion, irá cediendo la parte no cortada y resultará, como lo ha indicado el Dr. Byrne, una amputacion cónica algo semejante á lo que indica la Fig. 287, si bien será naturalmente mucho menos estensa la seccion cónica.

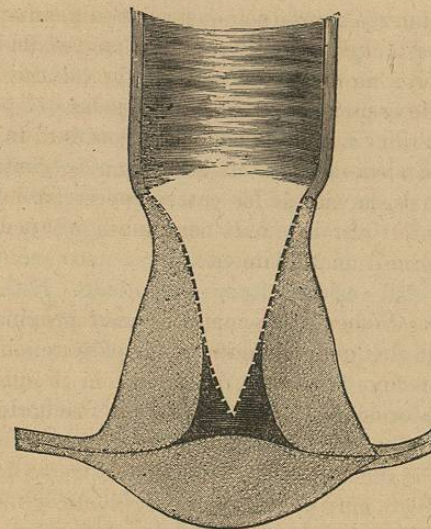


FIG. 287.—Amputacion del cuello y de las partes adyacentes superiores.

101. *Estirpacion de la matriz.*—En los últimos años se ha practicado bastante esta operacion para curar el cáncer del útero, siguiendo el proceder de Friends, de Breslau, quien ha operado en catorce casos de esa clase, logrando ocho curaciones completas y una incompleta, segun el *Schmidt Jahrbucher*. Otras 25 operaciones han sido practicadas por varios profesores, siendo funesto el resultado en 19 casos; y de los cinco restantes, en tres se reprodujo el cáncer.

El proceder de Friends es como sigue:

Se hace la incision en la línea media del abdomen, y los intestinos que cubren el útero se mantienen fuera de la pélvis á favor de un paño de hilo, suave, empapado en agua caliente y fenicada, hasta que se concluya la operacion. Pásase un hilo á traves del fondo de la matriz, y otro por el peritoneo de la parte anterior de la pélvis, los cuales serán sostenidos por ayudantes para impedir la caida de esos órganos. Cada uno de los ligamentos anchos se ligan en tres porciones; la ligadura superior traspasa la trompa de Falopio y el ligamento ovárico; la media, traspasa el ligamento ovárico por el lado de la ligadura superior y vuelve atravesando el ligamento redondo; y la inferior traspasa el ligamento redondo y dos veces la pared vaginal: primero por la parte antero-lateral del techo vaginal hácia adentro de la vagina, y luégo volviendo por la parte posterior del fondo vaginal, y por detras de la base del ligamento lateral, hasta penetrar en el fondo del saco de Douglas. Entónces se estirpa el útero, y despues de llevar al interior de la vagina los extremos de la ligadura, se cierra la abertura peritoneal, se vuelven á dejar en posicion los intestinos, y se trata la incision abdominal como despues de la ovariectomía.

Freund ha hecho recientemente ciertas modificaciones en esta operacion: 1°. Para evitar que el peritoneo se separe de la pared anterior de la pélvis durante la operacion, hace que la incision peritoneal sea mas corta que la de la piel, de modo que la parte del peritoneo inmediata al límite inferior de la herida pueda sujetarse á la piel por medio de la sutura. 2°. En vez de pasar un alambre con lazada por el cuerpo del útero, para fijarle, se vale de las pinzas fenestradas de ovariectomía. 3°. Por medio de un trócar de cánula pasa una ligadura desde la cavidad peritoneal á la vagina á un lado de cada ligamento ancho y luégo desde la vagina á la cavidad peritoneal por el otro lado. Esta ligadura penetra en la vagina y sale de ella por puntos muy próximos en la union útero-vaginal, á fin de que incluya la menor parte posible del tejido de la vagina; y no incluye la trompa de Falopio ni el ligamento ovárico, ni el ligamento redondo de su lado: se la ata y se cortan los extremos. 4°. Para no confundir las ligaduras de las trompas, de los ligamentos ováricos y de los ligamentos redondos, ata al extremo de la superior un trocito de metal, otro mas pequeño á la siguiente, y ninguno á la última. 5°. Para facilitar la diseccion del útero, pasa unas lazadas á los colgajos del peritoneo. 6°. Cuando está casi concluida la diseccion en la pared anterior de la matriz, hace una pequeña incision, por la vagina, en la union útero-vaginal, y dilata esta incision hasta que permita el paso de uno ó dos dedos de la mano izquierda. Luégo introduce los dedos en esa incision hasta el canal uterino, á fin de facilitar la manipulacion en la matriz durante el resto de la operacion para estirparla.

Tal es el proceder de Freund para la ablacion del útero canceroso. Además la han practicado en casos análogos Martin, Mueller, Olshausen, Baumgaertner, Schroeder, Winkel, Kocks, Crédé, Oelschläger y Noeggerath. En una sesion de la Sociedad Ginecológica de Berlin, declaró Schroeder que aun cuando el mal se reprodujese cinco veces en cada seis casos, no dejaria de operar contra el cáncer de la matriz. Pero serán muy contados los profesores que sean de ese parecer; preciso es que el tiempo diga cuál sea el verdadero valor de la operacion de Freund.

El autor concluye el capítulo referente al cáncer, recomendando se tenga en cuenta el horror que inspira ese mal á algunas enfermas, pues conoció un caso en que la paciente perdió el juicio por creer que padecía cáncer, cuando en realidad no era así. Lo que tenía era rasgadura con degeneracion fungoídea del cuello de la matriz. Un médico le habia dicho que su enfermedad era cáncer, cuyas consecuencias conocia la interesada.

102. Hay casos en que se presenta de pronto un dolor agudísimo que escita á la enferma casi hasta el delirio, desapareciendo, repentinamente tambien, algunas horas despues y siendo luégo reemplazado por un dolor ligero que dura todo el resto del período menstrual.

103. Suele proporcionar gran alivio un baño caliente y general, de veinte á treinta minutos.

104. Si hay dislocacion de la matriz, se recurrirá á los medios mecánicos; se dominará la estrechez, si existe, y á ser posible se estirpará cualquier neoplasma que ocasione obstruccion. El pronóstico será bueno cuando se pueda cumplir enteramente con lo que pida la indicacion; de lo contrario, no será favorable.

105. Cuando la estrechez del canal provenga de vicio congénito sin flexion, generalmente se encuentra en el orificio esterno; y si ha sido causada por un escarótico, la estrechez alcanza á todo el canal.

106. En esos casos se administrará el anestésico, y á favor de sondas graduadas, se dilatará el cuello, sostenido por un tenáculo.

107. En los últimos años se ha defendido mucho el proceder por dilatacion, en lugar de la incision; y algunas operaciones que parecian muy arriesgadas, han resultado serlo solamente en apariencia.

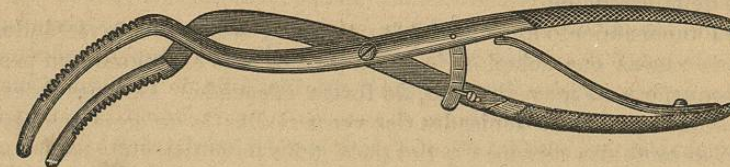


Fig. 288.—Dilatador de Schultze.

Schultze, de Jena, combina el uso de los dilatadores de laminaria con la dilatacion por el instrumento representado en la Fig. 288. Despues de lograda la dilatacion por la laminaria, se distiende mas el canal cervical á favor del susodicho instrumento. Todo ello se hace siguiendo el método antiséptico de Lister.

El éxito de estos procederes depende principalmente de que despues se mantenga por bastante tiempo en la cavidad distendida un tapon de vidrio de diámetro proporcinado y de pulgada y media, ó algo mas, de largo, pues así es como se consigue una dilatacion permanente, cualquiera que haya sido el proceder para producirla de primera intencion.

108. La operacion de Thomas es casi lo mismo que la de Sims.

Despues de inyectar bien la vagina con una solucion de ácido fénico, en proporcion de 1 á 30, se coloca la enferma en la posicion de Sims y se introduce el spéculum del mismo autor. Entónces se llena la vagina de agua fenicada, que permanece en ella miéntras dura toda la operacion, de lo cual cuida el operador.

Atraido abajo el cuello uterino por medio de un tenáculo, con un

bisturí largo y estrecho como el de Sims se hace una incision desde un poco mas arriba del orificio interno del útero, cortando el tejido cervical hasta el orificio interno, de modo que se incinda enteramente la porcion vaginal del cuello en su parte mas baja. Luégo se incinde de igual manera el otro lado, y tan pronto como ha cesado la hemorragia activa se introduce en el cuello incindido un tapon de vidrio de pulgada y media de largo, empujándolo con el dedo para que penetre en el orificio interno, y sosteniéndolo en posicion á favor de un tapon comun cuya porcion superior estará saturada de esta solucion antiséptica y astringente :

R	Sulfato de alumina,	gramos,	4
	Sulfato de zinc,	gramos,	4
	Sulfato de cobre,	gramos,	4
	Glicerina,	gramos,	4
	Agua,	gramos,	750
	Mézclase,		

La porcion inferior del tapon será sólo de algodón fenicado.

Hay poco peligro de hemorragia cuando el cuello no se ha incindido hasta la union vaginal y se observa cuidadosamente á la enferma despues de la operacion.

El taponamiento se quitará á las treinta y seis horas, inyectándose bien la vagina con solucion fenicada y colocando en seguida un pesario pequeño y no muy ajustado, de forma adecuada. Despues de esto se harán inyecciones fenicadas dos veces al dia ; la enferma guardará cama durante dos semanas, y llevará el tallo de vidrio y el pesario por espacio de dos meses. El primero no impide la menstruacion, y cuando se le estrae ya se ha efectuado la cicatrizacion, siendo ya mucho menos probable que ocurra contraccion que cuando no se hace uso del tallo ó cuando sólo se le tiene en posicion ocho ó diez dias.

De esa manera se logrará la dilatacion permanente, que es lo que se busca.

El tallo de vidrio entra en el orificio interno, pero no en la cavidad del cuerpo de la matriz, y muy raras veces he visto que ocasionara daño ; pero sin embargo, se han de observar con atencion sus efectos.

Es de advertirse que en los casos en que el tejido cervical ha sufrido atrofia y se ha puesto ya duro y contraido, suele ser imposible impedir que se estreche de nuevo, pues esto sucederá á pesar de cuanto se haga por evitarlo.

109. Pero la exploracion descrita no está exenta de peligro, generalmente se la podrá reemplazar por la introduccion de una asa de alambre en el endometrio ; si hay algun tumor pequeño, se le descubrirá por ese medio ; y si existen fungosidades uterinas, con el alambre saldrán una ó mas asegurándose así el diagnóstico.

110. El Dr. Thomas considera que en la menorragia resulta muy perjudicial el uso frecuente de la quinina y el hierro. Estos medicamentos se administran para reparar los elementos sanguíneos, pero ámbos aumentan la congestion uterina y agravan el flujo.

111. Hé aquí un plan general para el tratamiento de la leucorrea :

1°. Mantener el útero en perfecta posicion, si se halla decididamente dislocado.

2°. Administrar catárticos convenientes.

3°. Curar la rasgadura cervical y extirpar los pólipos y fungosidades, si existen esos males.

4°. Impedir toda presion de arriba ó traccion de abajo que afecte á la matriz.

5°. Conservar activa la circulacion cutánea, por medio de baños, fricciones, ejercicio y aire puro.

6°. Procurar el estado normal de la sangre y de los nervios, á favor de tónicos, ejercicio, etc.

7°. Combatir todas las influencias dañosas al fluido sanguíneo, ya sean paludianas, urémicas, escorbúticas, reumáticas ó artríticas.

8°. Procurar la regularidad de la menstruacion.

9°. En caso de afeccion hepática ó cardíaca, aneurisma, peritonitis pelviana, ó celulitis perimétrica, se debe reconocer la futilidad del tratamiento local y no molestar con él á la paciente.

112. Algunas veces resulta difícil la extirpacion parcial del cuello uterino y hay que recurrir á la denudacion repetida de la parte hasta separar todo el tejido que se desea extirpar.

Para la extirpacion completa, el autor se vale del instrumento representado por la Fig. 243 (Nota 100), y aplica luégo el alambre gálvano-cáustico calentado al rojo.

Por este método se suele prevenir la hemorragia inmediata ; pero á veces se presenta muy activa á los cinco, seis y aun diez dias, á pesar de todas las precauciones. Por esto debe hacerse el taponamiento despues de la amputacion, ejerciendo además continua vigilancia durante el curso de la curacion.

113. Las investigaciones microscópicas de Noeggerath le han hecho afirmar que el cistoma prolífero ó adenoma cilindro-celular, cuyo origen se suele considerar relacionado con la formacion de los conductos de Pflüger, es en gran parte resultado de la degeneracion de los vasos sanguíneos ováricos.

Las alteraciones producidas, son :

1°. Degeneracion hialina de las arterias y venas.

2°. Proliferacion celular y reblandecimiento secundario de la túnica media de las arterias.

- 3°. "Endarteritis destruens."
 4°. Alteracion de todos los elementos que constituyen los grandes senos arteriales, y dilatacion secundaria de éstos.
 5°. Metamórfosis de los capilares en tubos epiteliales.

114. El autor ha estirpado quistes ováricos multiloculares cuya duracion era, segun testimonios facultativos enteramente fidedignos, de nueve, diez, doce y medio, y hasta veintitres años.

115. Es de tenerse presente que la única esperanza de evitar los resultados mortales en casos de quiste ovárico, es la ovariectomía. Hasta la peritonitis aguda se ha dominado por este medio, salvándose la enferma cuando la temperatura se habia elevado ya hasta 105° Far. á causa de la supuracion del saco. Spencer Wells no llegó á tiempo de salvar á dos enfermas, cuya muerte fué ocasionada por la hemorragia en el saco; Wiltshire logró una curacion, y el autor consiguió otra, á pesar de que cuando operó era ya casi completo el colapso de la paciente por efecto de la rotura repentina del quiste, que era de gran tamaño.

116. Aunque se ha dicho que la aspiracion es mucho ménos peligrosa que la paracentesis, no se la debe considerar exenta de peligro, porque siempre lo ofrece la extraccion de líquido contenido en el quiste ovárico, cualquiera que sea el medio empleado para ello; y no pocas veces la aspiracion ha producido la muerte. Pero cuanto menor sea la puncion hecha, ménos peligro habrá. Atlee, Little, Lusk, Mundé, Gillette y Jenks han conocido casos de peritonitis, fatales algunos, ocasionada por la aspiracion; otros de descomposicion del saco y fiebre séptica debida á la misma causa han observado Goodell, Peruzzi, Schnetter, Skene y el autor; y el Dr. Fauntleroy, de Virginia, cita un caso de peritonitis y adherencias despues de la puncion para el diagnóstico, hecha con la aguja hipodérmica.

117. Dice Spiegelberg,¹ que cuando al extraer líquido de un quiste del ligamento ancho ó de un quiste ovárico se vé que el fluido es de poca densidad y de naturaleza serosa, puede tenerse por probado que ha cesado el desarrollo activo de las paredes del quiste, y que si se distiende es sólo por la acumulacion de las sustancias en él contenidas. Es opuesto, en esos casos, á la ovariectomía y dice que vaciando el quiste se suele lograr la curacion completa.

118. La septicemia, la peritonitis, la hemorragia y la conmocion suelen ser, por el órden en que se acaban de citar, las causas de la muerte á consecuencia de la ovariectomía, segun lo confirma ahora el autor.

¹ Archiv für Gynäkologie, vol. xiv., s. 175.

119. La única variacion que la esperiencia ha sugerido últimamente, es la de fijar el pedículo ligado en la herida vaginal por medio de una sutura de plata, en lugar de dejarlo dentro de la cavidad abdominal.

120. Recomienda de nuevo el Dr. Thomas, que en toda la operacion y despues de ella se proceda segun el método antiséptico de Lister.

121. Si el operador duda acerca de si es realmente la pared del quiste ó el peritoneo lo que se vé á través de la incision, hará por introducir entre el quiste y el peritoneo un dedo, perfectamente lavado con agua fenicada, ó bien se valdrá de una sonda de acero, si es posible, para hacer esa exploracion.

122. Para la puncion, el Dr. Thomas hace que la enferma se vuelva ántes hácia el operador, cuyo cuidado entónces ha de ser impedir que no penetre en la cavidad peritoneal una sola gota de líquido y evitar, en cuanto sea posible, la introduccion de las manos, ó los dedos. La posicion de lado no dificulta mas lo primero y facilita mucho lo segundo. Un ayudante situado detras de la enferma le sujeta el cuerpo con la mano derecha, miéntras con la izquierda comprime con una toalla

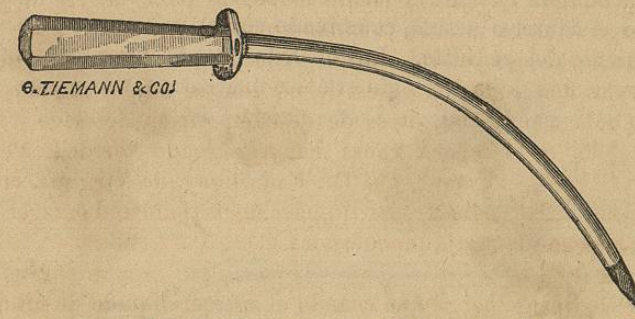


FIG. 289.—Trócar y cánula de Emmet para la puncion de los quistes.

blanda ó esponja fenicada la pared abdominal precisamente debajo de la incision, á fin de impedir que éntre líquido en la cavidad peritoneal. El operador cubre enteramente los labios de la herida con vaselina fenicada, ó alguna otra sustancia untosa, para evitar la absorcion del líquido colóideo, y aun quizás purulento, del saco, que luégo se punza con un trócar largo, corvo, y cánula como lo representa la figura anterior.

123. Hay casos en que el quiste se halla sujeto inferiormente por muchas adherencias próximas entre sí. Entónces se separan las cubiertas del saco hasta unas tres pulgadas mas arriba de la porcion adherida.

y luego se enuclea el segmento inferior ; pero si el operador considera que eso sea imposible ó muy peligroso por la hemorragia que haya de ocasionar, podrá introducir en el extremo del quiste un tubo de drenaje, de vidrio, atar alrededor de éste la pared del saco, fijar el saco y el tubo entre los labios de la herida abdominal, vaciarlo é inyectarlo con líquido fenicado.

124. El autor emplea siempre este otro aparato para la compresion del pedículo de los quistes ováricos.

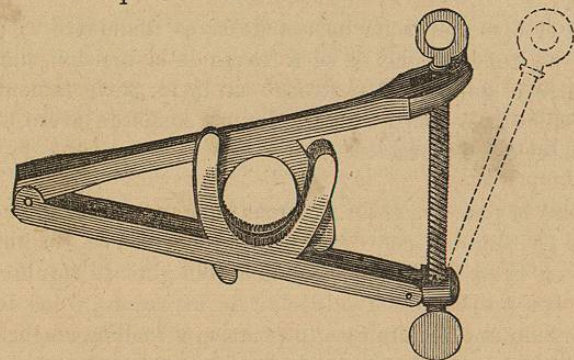


FIG. 290.—Torniquete (clamp) de Thomas.

125. Keith, de Edimburgo, ha obtenido los mas notables resultados aplicando el cauterio actual, combinado con el método antiséptico, en el tratamiento del pedículo. Las últimas setenta veces que ha practicado la ovariectomía ha obtenido el éxito mas satisfactorio, pues ninguna de las pacientes ha muerto á consecuencia de la operacion.

126. Desde que se han adoptado los apósitos antisépticos, el Dr. Thomas emplea un tubo doble con ramas laterales, introduciéndolo á

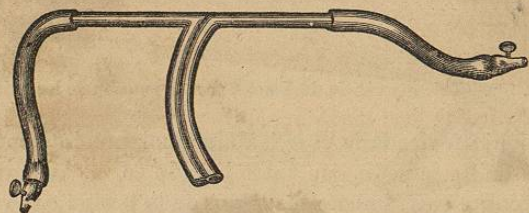


FIG. 291.—Tubo de drenaje de metal, goma vulcanizada ó vidrio, de Thomas.

traves del apósito antiséptico. Así evita el tener que mover éste al lavar la cavidad abdominal ; y los tubos de goma con llaves segun estan dispuestos á los extremos de los brazos laterales, facilitan la perfecta esclusión del aire. Cuando se empuja el líquido por una de las ramas laterales, sale por el extremo inferior, va llenando la cavidad y

sale por el otro tubo. Si conviene llenar mas completamente la cavidad, esto se logra obstruyendo el tubo de desagüe.

127. Concluye el autor el capítulo sobre la ovariectomía, con los siguientes párrafos :

En una paciente espuesta á los peligros de la operacion, la temperatura es asunto de la mayor importancia, y su excesiva elevacion puede por sí misma producir la muerte, aunque no haya dado lugar al desarrollo completo y fatal de la septicemia.

La termometría clínica moderna permite ya hacer deducciones ciertas, científicas, por medio de la observacion atenta y sostenida. Pero no sólo nos auxilia al hacer el diagnóstico y el pronóstico, sino en el curso del tratamiento. Se ha observado que la temperatura muy alta y prolongada, mata ; que el calor animal sostenido á 106° F. por algunos dias casi siempre acaba con la vida de la enferma. Lo cual ha sugerido naturalmente la necesidad de procurar el descenso artificial de la temperatura, ya que no para curar por este medio la enfermedad, siquiera para prolongar la vida y tener ocasion de utilizar los recursos posibles contra el mal.

Los ginecólogos han empleado para rebajar la temperatura despues de la ovariectomía, y con resultados parciales, la quinina á grandes dosis, el ácido salicílico, solo ó en combinacion con la sosa, y la aplicacion, á la cabeza, del saco de hielo de Wells. La ineficacia de esos medios me hizo buscar otros por los cuales se efectuara la refrigeracion del tronco sin necesidad de mover de la cama á la enferma, porque en esto siempre hay peligros ; pero despues de probar la mojadura con esponja, y la aposicion de paños empapados, tuve que desechar su empleo, como tambien la idea de los baños frios. Desesperaba ya de hallar recurso

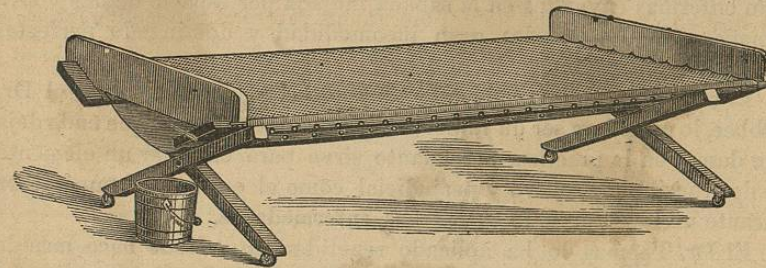


FIG. 292.—Catre para en caso de fiebre.

contra la hiperpirexia, cuando el Dr. Kibbee me hizo ver una invencion suya destinada á ese objeto.

El Dr. Kibbee coloca á la enferma en lo que él llama "catre para en caso de fiebre," Fig. 292.

Sobre la red del catre se pone una manta doblada, y una sábana tambien doblada y á traves de la red ; á uno de los extremos va una